

TALON PARA EL EMPLEADOR

TALON PARA LA ASEGURADORA

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74							N° legajo, registro, ficha, etc.		
BENEFICIO S.A.									
Nombre y Apellido:									
Documento: Tipo:				N°:			C.U.I.L.: (o N° de libreta de Ahorro)		
Expedido por:									
Fecha de Nacimiento			CAPITAL ASEGURADO		Fecha de Ingreso al empleo				
Día	Mes	Año	60 MO. PRE.		Día	Mes	Año		
Domicilio Particular:									
Calle: N°: Piso: Dto.: Cód. Postal:									
Localidad: Pcia.:									
Empleador:							C.U.I.T.:		
Domicilio:									
Calle: N°: Piso: Dto.: Cód. Postal:									
Localidad: Pcia.:									
BENEFICIARIOS:									
Nombre y Apellido			Parentesco		Domicilio		Tipo y Nro de Documento		
Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario:									
Lugar y fecha:					Firma del Asegurado (o impresión digital):				

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74							N° legajo, registro, ficha, etc.		
BENEFICIO S.A.									
Nombre y Apellido:									
Documento: Tipo:				N°:			C.U.I.L.: (o N° de libreta de Ahorro)		
Expedido por:									
Fecha de Nacimiento			CAPITAL ASEGURADO		Fecha de Ingreso al empleo				
Día	Mes	Año	60 MO. PRE.		Día	Mes	Año		
Domicilio Particular:									
Calle: N°: Piso: Dto.: Cód. Postal:									
Localidad: Pcia.:									
Empleador:							C.U.I.T.:		
Domicilio:									
Calle: N°: Piso: Dto.: Cód. Postal:									
Localidad: Pcia.:									
BENEFICIARIOS:									
Nombre y Apellido			Parentesco		Domicilio		Tipo y Nro de Documento		
Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario:									
Lugar y fecha:					Firma del Asegurado (o impresión digital):				

La presente constancia debe ser remitida al asegurado dentro de los 30 días

TALON PARA EL ASEGURADO

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74							N° legajo, registro, ficha, etc.		
BENEFICIO S.A.									
Nombre y Apellido:									
Documento: Tipo:				N°:			C.U.I.L.: (o N° de libreta de Ahorro)		
Expedido por:									
Fecha de Nacimiento			CAPITAL ASEGURADO		Fecha de Ingreso al empleo				
Día	Mes	Año	60 MO. PRE.		Día	Mes	Año		
Domicilio Particular:									
Calle: N°: Piso: Dto.: Cód. Postal:									
Localidad: Pcia.:									
Empleador:							C.U.I.T.:		
Domicilio:									
Calle: N°: Piso: Dto.: Cód. Postal:									
Localidad: Pcia.:									
BENEFICIARIOS:									
Nombre y Apellido			Parentesco		Domicilio		Tipo y Nro Documento		
Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario:									
Lugar y fecha:					Firma del Empleador: (o impresión digital)				

ARTICULO 5°: PRIMA. SUMA ASEGURADA
El Costo del seguro estará a cargo del empleador

ARTICULO 8° :DESIGNACION DEBENEFICIARIOS
Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios.
La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los 15 (quince) días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado, según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el “Formulario de Designación de Beneficiarios “.
En el “Formulario de Designación de Beneficiarios “ que le proporcionará el empleador, el asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados , domicilio, tipo y nro de Documento de Identidad y firma del asegurado.
En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53° y 54 ° de la Ley Nro 24.241.
El comprobante de Incorporación al seguro y de designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado. El Original y Duplicado quedarán en poder del tomador quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado. Cuando el empleado asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designo a los herederos. El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

ARTICULO 15° :LIQUIDACION FRENTE AL SINIESTRO
La aseguradora deberá requerir del tomador que acredite haber notificado fehacientemente de la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado, y dirigida a los presuntos herederos y/o beneficiarios. Si por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto se estará, se estará a lo reglado por los Artículos 53° y 54 ° de la Ley Nro 24.241.
En ésta notificación de deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio. Los aseguradores liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:
1) Partida de Defunción del Asegurado.
2) Constancia de CUIL del trabajador y de su incorporación a la nómina de empleados del tomador empleador o declaración de Alta Temprana de AFIP.
3) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes como así también copia certificada por el empleador del último recibo de haberes formado por el empleador fallecido.
4) Formulario de Designación de Beneficiarios
5) En caso de no existir designación de beneficiario o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53° y 54 ° de la Ley Nro 24.241, debiendo presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición.
6) Si los beneficiarios son incapaces, la documentación que acredite quien ejerce su patria potestad, tutela o curatela . Completada la documentación indicada, el Asegurador tendra 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio. Ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, herederos judicialmente declarados o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora

ARTICULO 29° :PRESCRIPCION
Los derechos inherentes a la relación entre la Caja Compensadora y las aseguradoras, prescriben en el término de 5 (cinco) años, con el alcance dispuesto por el artículo 4027 inciso 3° del Código Civil..
Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74, se rigen en materia de prescripción por el artículo 58 de la Ley 17.418